

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.178 vom 19. August 2020

SO Obergericht, 2020-08-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.178](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.178)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.178 du 19 août 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.178 del 19 agosto 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der Versicherte A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1983, war als Arbeitnehmer der von ihm gegründeten B.\_\_\_\_ AG bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 11. April 2017 schnitt sich der Beschwerdeführer am 21. März 2017 in die linke Handfläche, als er ein Paket öffnen wollte, wobei er «Sehnen, Vene und eine Arterie» traf (Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nr. 1). Die Beschwerdegegnerin erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlung (Suva-Nr. 8).

1.2 Im Schreiben vom 14. November 2019 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass man den Fall per 31. Januar 2020 abschliessen und die Heilungskosten- und Taggeldleistungen einstellen werde (Suva-Nr. 156).

1.3 Mit Verfügung vom 29. April 2020 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung, da der Invaliditätsgrad nur 3 % betrage und keine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität vorliege (Suva-Nr. 173). Die dagegen erhobene Einsprache (Suva-Nr. 177) wurde mit Entscheid vom 19. August 2020 abgewiesen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit) erwartet werden kann. Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen (Invalideneinkommen), das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung

und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen (Valideneinkommen), das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1).

2.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Auslagen und Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. September 2020 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (A.S. 24 ff.). 2.3 Die Parteien halten mit Replik vom 4. September 2020 (Postaufgabe: 30. November 2020) resp. Duplik vom 10. Dezember 2020 an ihren Rechtsbegehren fest (A.S. 30 f. / 34 f.). 2.4 Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 23. Dezember 2020 eine Kostennote ein (A.S. 37), welche am 24. Dezember 2020 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht (A.S. 38).

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer wegen des Unfallereignisses vom 21. März 2017 Anspruch auf eine Rente und / oder eine Integritätsentschädigung der Beschwerdegegnerin hat. Dabei ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass die persistierenden gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 19. August 2020 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis vom 21. März 2017 strittig sind, ist das neue Recht anwendbar.

2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des unfallbedingt beeinträchtigten Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit) erwartet werden kann. Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen (Invalideneinkommen), das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen (Valideneinkommen), das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1).

2.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und

Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1). 2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

### **E. 3.1**

3.1.1 Der Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, stellvertretende Oberärztin an der [Klinik] D.\_\_\_\_ / Plastische- und Handchirurgie, vom 27. März 2017 (Suva-Nr. 2) enthielt folgende Diagnosen:

Schnittverletzung Hohlhand Höhe MCP II und III / IV mit:

- FDP und PDS II Zone II 100 %
- radiopalmares Gefässnervenbündel Dig II 100 %

Die Beugesehnen- und Nervenverletzung war am 23. März 2017 operativ versorgt worden (s.a. Bilddokumentation der Verletzung, Beschwerdebeilage / BB-Nr. 4). Im weiteren Verlauf machte der Beschwerdeführer ein CRPS Typ II durch und litt unter neuropathischen Schmerzen, welche sich verbesserten, sowie einem persistierenden Extensionsdefizit (Suva-Nrn. 13 / 34 / 42 / 51 / 63 / 75 / 78). Er war ab 21. März 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Suva-Nr. 14), ab 4. September 2017 zu 50 % (mit Wiederaufnahme der Arbeit im eigenen Betrieb), ab 12. September 2017 zu 75 % (Suva-Nrn. 38 / 41), ab 6. November 2017 zu 50 % (Suva-Nr. 66) und ab 30. April 2018 noch zu 25 % (Suva-Nr. 74). Nach einer vollen Arbeitsfähigkeit ab 29. Mai 2018 und einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juni bis 8. Juli 2018 bestand ab 9. Juli 2018 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Suva-Nr. 91) sowie ab 17. September 2018 mit nur kurzen Unterbrüchen von 70 % (Suva-Nrn. 101 / 165 S. 1 f.).

3.1.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des [ ], stellte im Bericht vom 17. August 2018 (Suva-Nr. 90 S. 2 f.) folgende Diagnose:

Tiefe Schnittwunde Dig II links mit Beugesehnenverletzung und palmaradialer Nervensektion, Status nach Beugesehnnennaht und Naht des palmaren radialen Nerves Dig II links

Es handle sich um ein gutes postoperatives Ergebnis eines Patienten, welcher praktisch keine Schmerzen verspüre und eine 2-Punkte-Diskrimination über dem versorgten Nerv wiedererlangt habe. Alle Gelenke seien passiv voll flektierbar. Feststellbar sei aktiv und passiv ein Extensionsdefizit von 20°. Der Beschwerdeführer gebe im Übrigen an, dass er ergotherapeutisch noch Fortschritte mache. In Anbetracht der schon über ein Jahr zurückliegenden Operation sei es eher unwahrscheinlich, dass man konservativ noch eine Bewegungsverbesserung erzielen könne. Die Operationsindikation bewerte er angesichts des guten postoperativen Ergebnisses restriktiv. In Absprache mit dem Beschwerdeführer empfehle man eine vorerst konservative Weiterbehandlung.

3.1.3 Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 21. August 2018 (Suva-Nr. 92 S. 2) folgende Diagnosen:

Status nach Schnittverletzung Hohlhand Höhe MCP II und III / IV links mit:

- FDP und FDS II Zone II 100 %
- radiopalmares Gefässnervenbündel Dig II
- postoperativ durchgemachtes CRPS Typ II

Aktuell: neuropathische Schmerzen im Bereich der Neurorrhaphie-Stelle

Nachdem sich durch die Therapie eine deutliche Verbesserung im Bewegungsausmass des PIP-Gelenkes gezeigt habe, empfehle sie dringend, diese fortzuführen.

3.1.4 Im Bericht vom 12. Dezember 2018 (Suva-Nr. 104 S. 2 f.) erklärte Dr. med. C.\_\_\_\_, klinisch zeige sich nach wie vor noch eine Adhäsion der FDP Sehne. Sie habe mit dem Beschwerdeführer eine Tendolyse besprochen. Der Gewinn wäre jedoch im Vergleich zum Operationsrisiko und dem Risiko, dass danach die Narbe wieder verhärte und der Befund im Endeffekt schlechter sei als der sehr gute jetzige Befund, so gering, dass sie momentan empfehle, von einer Tendolyse abzusehen. Nachdem die Ergotherapie noch zu einer Verbesserung führe, sei sie der Operation unbedingt vorzuziehen und weiter durchzuführen.

3.1.5 Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem handchirurgischen Bericht vom 24. Mai 2019 (Suva-Nr. 128) ein Streckdefizit des PIP-Gelenks und eine verminderte Sensibilität radialseitig Dig. II der linken Hand. Aktuell bestehe ein geringer Verdacht auf ein CTS links. Die Arbeitsfähigkeit liege derzeit bei 70 %. Objektiv sei das Resultat bezüglich Beweglichkeit und auch Nervenregeneration gut. Ebenfalls sehr gut sei die Kraft. Nichtsdestotrotz habe der Beschwerdeführer noch Schmerzen. Diese erinnerten einerseits an eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente, andererseits könne sich auch ein Carpaltunnelsyndrom dahinter verstecken. Es sei nicht realistisch, die Situation mittels chirurgischer Intervention in der ursprünglichen Traumaregion zu verbessern.

3.1.6 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, stellte im Bericht vom 1. Juli 2019 (Suva-Nr. 134) folgende Diagnosen:

Neuropathische, belastungsabhängige Schmerzen radial D2 links nach epineuraler Koaptation Nervus palmaris proprius radial proximal MC am 23. März 2017

- Stichverletzung radiale palmare Hohlhand links am 21. März 2017

Verdacht auf Epicondylitis humeri radialis links

- elektrodiagnostisch regelrechter Verlauf nach Nerven-Koaptation

- keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom

Seine Beurteilung decke sich vollumfänglich mit derjenigen von Dr. med. F.\_\_\_\_. Im Vordergrund stünden lokale Irritations-Missensationen durch Anastomose, zusätzlich akzentuiert durch Streckbewegungen, was für einen Maurer nur schon beim Halten der Backsteine und Manipulieren von schwereren Werkzeugen äusserst störend sei. Neurografisch zeige sich ein sehr schöner postoperativer Befund, indem sich bei der orthodromen Ableitung mit Stimulation des radialen und ulnaren Endglieds ein normales Potenzial proximal des Handgelenks über dem Nervus medianus ableiten lasse. Seines Erachtens sei nicht davon auszugehen, dass es durch eine Exploration, Neurolyse etc. im Anastomosenbereich zu einer relevanten Verbesserung komme. Im Gegenteil sei eine verstärkte Narbenbildung zu befürchten, und es bestehe ein nicht unerhebliches Risiko für eine Verschlechterung. Aktuell fülle der Beschwerdeführer ein Pensum von 70 % aus. Er empfehle primär eine Umschulung auf eine nicht körperliche Tätigkeit, denn es sei nicht realistisch, dass der Beschwerdeführer noch bis zu seiner Pensionierung in der schweren körperlichen Arbeit als Maurer beschäftigt werde.

3.1.7 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 29. August 2019 (Suva-Nr. 148) fest, das chirurgische Verbesserungspotenzial für den Nerv werde als eher gering eingestuft. Bezüglich des Extensionsdefizites sehe er vorläufig nur die konservative Behandlung.

3.2 Der Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte nach der Untersuchung des Beschwerdeführers am 8. November 2019 (Suva-Nr. 155) folgende Diagnosen (S. 8):

Ereignis vom 21. März 2017 mit Schnittverletzung der linken Hohlhand Höhe MCP II und III / IV mit vollständiger Durchtrennung der Flexor digitorum profundus- und Flexor digitorum superficialis-Sehne in der Zone II und 100%iger Durchtrennung des radiopalmaren Gefässnervenbündels Dig. II

Der Beschwerdeführer gebe an, er arbeite aktuell mit einem Pensum von 70 % auf einer Baustelle, wobei sich die Beschwerden im Laufe des Tages verstärkten. Die wöchentliche

Ergotherapie seit mehr als einem Jahr bringe eine Beweglichkeitsverbesserung von bis zu 10° im Mittelgelenk des Zeigefingers. Eine vollständige Besserung der Bewegungseinschränkung und der Beugefähigkeit werde nicht erreicht. Die Behandlung habe auch keine signifikante Auswirkung auf die Schmerzen im Bereich der Narbe an der Hohlhand oder im Bereich des Zeigefingers. Die Kortisoninjektion in das Mittelgelenk des Zeigefingers im August 2019 habe nur eine vorübergehende Verbesserung herbeigeführt (S. 6). Funktionell störten den Beschwerdeführer die Bewegungseinschränkung, da er öfter mit dem Zeigefinger hängen bleibe, ausserdem die Schmerzen, welche beim Heben und Tragen aufträten (S. 7).

Zu den Befunden hielt der Kreisarzt fest, Grund- und Endgelenk des Zeigefingers seien frei beweglich, während die Beweglichkeit im Mittelgelenk in Extension und Flexion eingeschränkt sei. Dort finde sich ein Streck- und ein Beugedefizit von jeweils 20°; dies ergebe in der Summe eine Beweglichkeit von Extension / Flexion 0-20-90°. Eine Hyposensibilität werde über dem Mittelglied radialseitig nach distal bis in die Fingerspitze reichend angegeben, während die ulnare Hälfte des Zeigefingers keine Hypästhesie aufweise. Zeichen eines CRPS (wie z.B. verstärktes Haar- oder gestörtes Nagelwachstum, vermehrte Schweissbildung oder Glanzhaut) fänden sich nicht. Die Handkraft links sei deutlich abgeschwächt gegenüber rechts, bei der Testung mit dem Jamar-Dynamometer würden rechtsseitig 62 kg erreicht, linksseitig hingegen 30 kg (S. 7).

Beim Unfall sei es zu einer Durchtrennung beider Beugeschnen des Zeigefingers gekommen. Zwei Tage danach sei die Beugeschennaht durchgeführt worden. Der postoperativ anfänglich komplikationsfreie Verlauf sei durch ein CRPS verzögert worden. Nach dessen Abklingen hätten bleibende Narbenschmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung im Bereich des Mittelgelenks bestanden; das Streckdefizit von 25° sei bereits sechs Monate nach dem Unfall dokumentiert worden. Die geklagten Beschwerden entsprächen einem üblichen läSIONal bedingten Schmerz als Begleitsymptom der Gewebsschädigung. Die klinische Untersuchung ergebe, dass die angegebenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden und willentlich oder durch Therapien nicht mehr überwindbar seien. Nach mehr als 2,5 Jahren seien die bestmöglichen Anpassungen und Gewöhnungen an den Schmerz auf physiologischer Ebene erfolgt (S. 8). Der Endzustand sei eingetreten. Von weiteren Behandlungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes erwartet werden; insbesondere sei eine Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht mehr zu erreichen (S. 9).

In Anbetracht der Unfallfolgen sei eine weitere Steigerung über die 70 % Arbeitsfähigkeit hinaus nicht zumutbar. Eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne Verrichtungen an rüttelnden, schlagenden oder stossenden Maschinen, seien vollzeitig zumutbar (S. 9).

Bei fehlenden Arthrosezeichen, vollständig erhaltenem Fingerglied und geringer Bewegungseinschränkung werde die Erheblichkeitsgrenze für einen Integritätsschaden nicht überschritten (S. 9).

### **E. 3.3**

3.3.1 Der Beschwerdeführer machte am 21. November 2019 telefonisch eine deutliche Verschlechterung geltend (Suva-Nr. 159). Als er vor rund zwei Monaten beim Chirurg

gewesen sei, hätten die Defizite 20° betragen. Die letzten beiden Male habe der Handtherapeut jedoch 30° gemessen.

3.3.2 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH spez. Handchirurgie, erklärte im Bericht vom 16. Juni 2020 (Suva-Nr. 179 S. 2 f.), die Faustschlusskraft links werde mit schwachen 29 kg bestimmt, rechtsdominant dagegen mit 53 kg. Die bestehenden Restbeschwerden des Patienten am Dig II links seien zum einen Teil auf residuelle Nervenschmerzen zurückzuführen, auf die operativ voraussichtlich kein grosser Einfluss genommen werden könne. Die Beugesehnenadhäsionen hingegen liessen sich durchaus bessern. Er empfehle eine Tenolyse sowie eine palmare Arthrolyse am PIP II links. Im Hinblick auf die Funktion rechne er mit einem adäquaten Verbesserungspotenzial, hingegen sei er bezüglich der residuellen erträglichen Nervenbeschwerden zurückhaltend.

3.3.3 Der Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2020 dafür (Suva-Nr. 180 S. 3), die Tendolyse sowie die palmare Arthrolyse liessen keine wesentliche (d.h. voraussichtlich andauernde) Verbesserung der funktionalen Leistungsfähigkeit und des medizinischen Gesundheitszustandes erwarten. Eine erfolgreiche Behandlung würde am Zumutbarkeitsprofil, wie es im Kreisarztbericht vom 8. November 2019 formuliert worden sei, nichts ändern. Andere Behandlungs- oder Abklärungsmöglichkeiten als die geplante Operation gebe es keine.

#### **E. 3.4**

3.4.1 Der Beschwerdeführer rügt einmal, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, in der angefochtenen Verfügung den genauen Zeitpunkt des Fallabschlusses anzugeben (A.S. 18). Dem ist einerseits zu entgegnen, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 31. Januar 2020 bereits am 14. November 2019 mitgeteilt hatte, also vor der Verfügung vom 29. April 2020. Andererseits hängen der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen und die Prüfung des Anspruchs auf eine Rente resp. Integritätsentschädigung derart eng zusammen, dass auch in dieser Konstellation von einem einheitlichen Streitgegenstand auszugehen ist (vgl. BGE 144 V 354 E. 4.2 S. 358).

3.4.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf die kreisärztliche Beurteilung vom 8. November 2019 (E. II. 3.2 hiavor). Es besteht kein Anlass, den Beweiswert dieser Beurteilung in Frage zu stellen. Dr. med. H.\_\_\_\_ ist als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates kompetent, die vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen und deren Folgen zu beurteilen. Er nahm die Vorakten zur Kenntnis (s. Suva-Nr. 155 S. 1 ff.), gab dem Beschwerdeführer Gelegenheit, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (S. 6 f.), führte eine eigene klinische Untersuchung durch (S. 7) und begründete seine Schlussfolgerungen angemessen (S. 8 f.). Das von ihm formulierte Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten trägt den festgestellten Beeinträchtigungen Rechnung. Es bestehen auch keine geringen Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung. Dafür bedürfte es abweichender Beurteilungen durch andere Fachärzte, welche nachvollziehbar begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2020 vom 17. März 2021 E. 5.2.2). Daran fehlt es hier aber, weil die behandelnden Ärzte entweder keine andere Beurteilung als der Kreisarzt abgeben oder aber mit ihrer abweichenden Auffassung nicht zu überzeugen vermögen (s. E. II. 3.4.3 + 3.4.4 hiernach).

3.4.3 Der Beschwerdeführer rügt im Beschwerdeverfahren wie schon in seiner Einsprache in erster Linie, dass der Fallabschluss verfrüht erfolgt sei. Der Kreisarzt hielt indes fest, von

weiteren Behandlungen sei keine relevante Verbesserung mehr zu erwarten. Der Beschwerdeführer stellt dem einzig den späteren Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ entgegen, welcher eine Tendolyse und palmare Arthrolyse als weitere erfolgversprechende Behandlungen empfiehlt (E. II. 3.3.2 hiervor). Dem kann indes nicht gefolgt werden: Einerseits überzeugt dieser Bericht schon für sich allein genommen nicht, denn Dr. med. I. \_\_\_ begründet die Indikation der fraglichen Eingriffe nicht näher. Ausmass und Wahrscheinlichkeit der erhofften Verbesserung bleiben vage, während das Risiko einer Verschlechterung nicht angesprochen wird. Andererseits hat der Kreisarzt zum Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ Stellung genommen und dessen Auffassung verworfen (E. II. 3.3.3 hiervor). Dies verdient umso mehr Zustimmung, als keiner der übrigen behandelnden Ärzte eine Operation befürwortet (E. II. 3.1.2 / 3.1.5 ■ 3.1.7 hiervor). Mehr noch, Dr. med. C. \_\_\_ rät von einer Tenolyse sogar ausdrücklich ab, da der mögliche Gewinn angesichts des Operationsrisikos zu gering sei (E. II. 3.1.4 hiervor). Dr. med. I. \_\_\_ befasst sich weder mit diesen Berichten der behandelnden Ärzte noch mit der kreisärztlichen Beurteilung vom 8. November 2019, was den Beweiswert seines Berichts zusätzlich mindert. In diesem Zusammenhang ist weiter darauf hinzuweisen, dass eine Ergotherapie, wie sie der Beschwerdeführer durchführt, analog zur Physiotherapie nicht als ärztliche Behandlung gelten kann, die den Fallabschluss hinauszuschieben vermag (Thomas Flückiger in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 19 N 15 f.; Philipp Geertsen in: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht ■ UVG, Bern 2018, Art. 19 N 7).

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, sein Gesundheitszustand habe sich nach der Untersuchung durch den Kreisarzt am 8. November 2019 verschlechtert. Dies trifft zwar gemäss dem Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ insoweit zu, als die Faustschlusskraft der linken Hand nun nur noch 29 statt 30 kg beträgt, während sich das Beweglichkeitsdefizit von 20° auf 30° erhöht hat. Daraus ergibt sich aber nichts für den Beschwerdeführer, handelt es sich doch um keine Veränderungen, welche die gesundheitliche Situation grundlegend ändern. Namentlich ist nicht ersichtlich, weshalb die veränderte Befundlage zu einer anderen Einschätzung der Operationsindikation führen sollte. Ein Einfluss auf die Erfolgsaussichten und Risiken einer Tenolyse ist nicht erkennbar. Dies muss umso mehr gelten, als Dr. med. I. \_\_\_ sich bei seiner Operationsempfehlung gar nicht auf die fragliche Verschlechterung beruft. Auf diese wird vielmehr überhaupt nicht eingegangen, was nur bestätigt, dass die neuen Befunde nicht geeignet sind, den Sachverhalt in einem völlig anderen Licht erscheinen zu lassen als in der kreisärztlichen Beurteilung.

Vor diesem Hintergrund steht dem Fallabschluss per 31. Januar 2020 nichts entgegen, zumal sich der Beschwerdeführer nicht bei der Invalidenversicherung angemeldet hat (s. Notiz der Beschwerdegegnerin vom 28. April 2020, Suva-Nr. 172 S. 2) und daher keine Eingliederungsmassnahmen abgewartet werden müssen. Mit dem zulässigen Fallabschluss bestand sodann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ab Februar 2020 kein Anspruch auf Taggelder der Unfallversicherung mehr (s. E. II. 2.1 hiervor).

3.4.4 Das Zumutbarkeitsprofil und die adaptierte Arbeitsfähigkeit des Kreisarztes werden vom Beschwerdeführer zwar «vorsorglich» bestritten (A.S. 19 Rz 20). Er begründet dies aber nirgends näher. Somit besteht erst recht kein Grund, von den überzeugenden kreisärztlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit abzuweichen (s. E. II. 3.2 in fine hiervor). Dies muss umso mehr gelten, als keiner der behandelnden Ärzte behauptet, der

Beschwerdeführer sei auch in einer Verweistätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Selbst bei Dr. med. I. \_\_\_ findet sich nichts dergleichen.

#### **E. 4**

4.1 Der Einkommensvergleich hat auf den Zeitpunkt des Fallabschlusses hin zu erfolgen, d.h. den 31. Januar 2020.

4.2 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für das Valideneinkommen nicht auf das zuletzt vor dem Unfall erzielte Einkommen, sondern auf die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE), Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) im Baugewerbe. Dieses Vorgehen verdient Zustimmung: Einerseits hatte der Beschwerdeführer die B. \_\_\_ AG erst 2017, also kurz vor dem Unfall, gegründet (Suva-Nr. 25 S. 1). Die Zeitspanne, während der er diese Firma ohne gesundheitliche Beeinträchtigung betrieb, ist deshalb viel zu kurz, um für das Einkommen vor dem Unfall aussagekräftig zu sein (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 6.2.1 ■ 6.2.3). Auch frühere Arbeitsverhältnisse, welche im Zeitpunkt der Firmengründung bereits beendet waren, kommen selbstredend nicht als Grundlage für das Valideneinkommen in Frage. Andererseits ergibt sich aus dem IK-Auszug (Suva-Nr. 160 S. 2 f.), dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall seit etlichen Jahren im Baugewerbe tätig war und 2017 sogar eine eigene Baufirma gründete. Dies legt den Schluss nahe, dass er dieser Branche ohne Unfall auf die eine oder andere Weise treu geblieben wäre.

Ein Arbeitnehmer verdiente 2018 (neuere Werte lagen bei Erlass des Einspracheentscheides noch nicht vor) in diesem Segment des Arbeitsmarktes im Medianwert CHF 5■622.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziff. 41 ■ 43; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12488207.html>, alle Websites zuletzt besucht am 7. Mai 2021). Da der Lohn gemäss LSE auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden beruht, ist er auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2018 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,3 Stunden betrug (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Ziff. 41 ■ 43; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12707423.html>). Passt man dieses Einkommen zudem gemäss den neusten Zahlen an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer im Baugewerbe bis 2019 an (Tabelle T1.1.15 / Ziff. 41 ■ 43, 2018: 101,2 Indexpunkte / 2019: 102,2; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.13067306.html>), so ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 70'345.00.

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass die versicherte Person die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_479/2018 vom 22. Februar 2019 E. 2.2).

Der Beschwerdeführer arbeitete bis zum angefochtenen Einspracheentscheid mit Einschränkungen für seine Firma. Damit schöpfte er jedoch seine Arbeitsfähigkeit nicht aus, denn im eigenen Betrieb vermag er nur eine reduzierte Leistung von 70 % zu erbringen, während eine angepasste Tätigkeit vollzeitlich in Frage kommt (s. E. II. 3.2 hiervor). Der Beschwerdeführer muss sich in Nachachtung der ihm obliegenden Schadenminderungslast diejenige Tätigkeit anrechnen lassen, bei welcher der geringste Invaliditätsgrad resultiert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_117/2020 vom 3. Juni 2020 E. 5.4). Zieht man für das Verweiseinkommen die Durchschnittslöhne der LSE heran, so führt dies zu folgendem Resultat: Abzustellen ist auf die Einkommensverhältnisse im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor, denn der Beschwerdeführer ist gehalten, seine verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihm zumutbaren und seinen Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1 und 8C\_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1). Ein Arbeitnehmer verdiente 2018 in diesem Segment des Arbeitsmarktes im Medianwert CHF 5'417.00 pro Monat (TA1\_tirage\_skill\_level, Total; s. Quellenangabe unter E. II. 4.2 hiervor). Dieser Lohn ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (s. E. II. 4.2 hiervor), welche im Jahr 2018 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug, und an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmer bis 2019 anzupassen (Tabelle T1.1.15 / Total, 2018: 101,5 Indexpunkte / 2019: 102,4). Auf diese Weise ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 68'368.00. Dieses führt gemessen am Valideneinkommen von CHF 70'345.00 zu einem Invaliditätsgrad von 2,81 %, der keinen Rentenanspruch vermittelt. Der Beschwerdeführer hat zwar angegeben, dass er mit den Vergleichseinkommen nicht einverstanden ist, hat es aber unterlassen, während des Schriftenwechsels konkrete Einwände zu erheben.

4.4 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellen-werten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (a.a.O. E. 5b/aa in fine S. 80).

Im vorliegenden Fall rechtfertigt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein solcher Abzug. Das angerechnete Invalideneinkommen beruht nicht auf einem Teilzeitpensum und der Beschwerdeführer ist weder Ausländer noch befindet er sich im

fortgeschrittenen Alter. Was seine gesundheitlichen Einschränkungen innerhalb des zumutbaren Vollzeitpensums für eine adaptierte Tätigkeit angeht, so können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 4.2.2). Beim Beschwerdeführer entfallen neben mittelschweren bis schweren und schweren Arbeiten nur Verrichtungen an Maschinen, welche durch Rütteln, Schlagen oder Stossen auf die linke Hand einwirken. Angesichts dieses Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einem Abzug, da der herangezogene LSE-Tabellenlohn im hier zu Grunde gelegten Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 8.2.2). Ein Abzug ist dann zu diskutieren, wenn auch bei solchen Arbeiten das Leistungsvermögen eingeschränkt ist, etwa weil zusätzlich gewisse Handgriffe, Bewegungsabläufe und Körperhaltungen zu vermeiden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_830/2017 vom 16. März 2018 E. 5). Der Beschwerdeführer darf indes lediglich keine rüttelnden, schlagenden oder stossenden Maschinen bedienen. Diese Einschränkung betrifft nur einen kleinen Teil der leichten bis mittelschweren Arbeiten, weshalb man nicht sagen kann, der Beschwerdeführer habe verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung. Im Übrigen würde selbst dann, wenn man für diese geringfügige Verkleinerung des Stellenspektrums einen Abzug von 5 % gewähren wollte, nur ein Invaliditätsgrad von 7,66 % und damit immer noch kein Rentenanspruch resultieren.

## **E. 5**

5.1 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet (Art. 24 Abs. 1 UVG). Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202).

Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Für die Bemessung der Entschädigung gelten die Richtlinien des Anhangs 3 (Art. 36 Abs. 2 UVV). Der Bundesrat hat dort in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32, 113 V 218 E. 2a S. 219) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet, d.h. einen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes festgesetzt, welcher im Regelfall der Integritätsentschädigung entspricht. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157). Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala sog. Feinraaster erarbeitet (<http://www.suva.ch/startseite-suva/unfall-suva/versicherungsmmedizin-suva/integritaetsentschaedigung-suva.htm>). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für das Gericht nicht verbindlich, umso weniger als Ziff. 1 Abs. 1 Anhang 3 bestimmt, der in der Skala

angegebene Prozentsatz gelte im Regelfall, d.h. im Einzelfall sind Abweichungen nach unten wie nach oben möglich. Soweit die Suva-Tabellen jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichstellung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit Anhang 3 der UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32).

Die Schwere des Integritätsschadens beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem Befund ist der Integritätsschaden für alle versicherten Personen gleich, d.h. er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 124 V 29 E 3c S. 35). Spezielle Behinderungen der betroffenen Personen durch den Integritätsschaden bleiben dabei unberücksichtigt, d.h. die Bemessung des Integritätsschadens hängt nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab. Auch geht es bei der Integritätsentschädigung nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b S. 221 f. mit Hinweisen). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und bei teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung ganz entfällt, wenn er weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2 Anhang 3).

Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. In einem ersten Schritt fällt es dem Arzt zu, sich ■ unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden ■ dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht wird und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dabei haben sie sich zwar an die medizinischen Angaben zu halten, doch ändert dies nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung resp. im Streitfall des Gerichts und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 2.4 mit Hinweisen).

5.2 Der Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege kein Integritätsschaden vor, der die Erheblichkeitsschwelle von 5 % erreiche (E. II. 3.2 hiervor). Dies ist nicht zu beanstanden. Zwar liegen durchaus auffällige Befunde der linken Hand vor, etwa die reduzierte Faustschlusskraft und das Extensionsdefizit des Zeigfingers, ausserdem residuelle Restschmerzen. Die Skala in UVV Anhang 3 sieht jedoch erst bei einem Verlust von zwei Gliedern eines Langfingers eine Integritätseinbusse mit dem Minimalwert von 5 % vor. Die Suva-Tabellen wiederum erwähnen Beuge- und Streckdefizite von Fingern nicht, sondern nur Einschränkungen an der Hand, z.B. bei einer Handwurzelarthrodese 10 % (Tab. 1). Fingergelenkarthrosen führen dagegen ausdrücklich zu keinem Integritätsschaden (Tab. 5), ebenso wenig Instabilitäten der Fingergelenke (Tab. 6). Vor diesem Hintergrund kann nur der Schluss gezogen werden, dass die beim Beschwerdeführer verbleibenden Unfallfolgen nicht ausreichen, um einen Integritätsschaden von mindestens 5 % zu begründen. Dies muss umso mehr gelten, als

keine abweichende ärztliche Einschätzung aktenkundig ist, welche eine Integritätsentschädigung befürwortet. Ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung entfällt somit.

6. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

7. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

8. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.